FORMATO DE INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO 11. FORMATO DE REPORTE DE RED DE FARMACIAS

De conformidad con los requerimientos dentro del proceso de licitación para la provisión de servicios de salud para el Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia, se requiere realizar un diligenciamiento respecto a la red de farmacias propuesta para soportar la prestación de servicios. Debe tenerse en cuenta que esta información deberá ser diligenciada para la regional a las que se presenta.

Recuerde que las farmacias principal y de apoyo deben estar ubicadas en el punto de atención donde se ofertan y en funcionamiento a la fecha de presentación de la oferta. De igual manera, las farmacias de 24 horas, de medicamentos controlados y de medicamentos de alto costo deben estar ubicadas en los puntos de atención exigidos y deben estar funcionando al momento de presentación de la oferta

Los campos a diligenciar deben seguir las siguientes instrucciones:

1. CAMPOS GENERALES

a) NOMBRE DE PROPONENTE: Diligencie el nombre del proponente
b) REGION PARA LA QUE PFERTA: Diligencie la región para la cual presenta oferta
c) DEPARTAMENTO: Diligencie el nombre del departamento donde se ubica el punto de atención del afiliado. Se debe diligenciar una hoja por cada departamento de la regional

2. FARMACIA PRINCIPAL EN TODOS LOS PUNTOS DE ATENCIO (MUNICIPIOS) DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD QUE CONFORMAN LA REGIONAL.

a) PUNTO DE ATENCION (MUNICIPIO): Diligenciar el municipio o punto de atención en el cual se encuentran los afiliados.
b) NOMBRE DE LA FARMACIA: Diligencie el nombre de la farmacia, este debe ser nombrado de conformidad a la razón social específica de la farmacia para el caso de FARMACIAS EXTERNAS, y con el nombre del prestador de servicios de salud en el caso de SERVICIOS FARMACÉUTICOS
c) DIRECCIÓN DE LA FARMACIA: Diligencie la dirección exacta de la farmacia, incluyendo todos los datos en lo correspondiente a calles, nomenclatura, localidad.
d) TELÉFONO DE LA FARMACIA: Diligencie el número de contacto de la farmacia
e) TIPO DE FARMACIA: Diligencie el tipo de farmacia. Los tipos de campos permitidos en la farmacia son SERVICIO FARMACEUTICO EN IPS o FARMACIA EXTERNA
f) CODIGO HABILITACION IPS AMBULATORIA O NUMERO DE CAMARA DE COMERCIO O REGISTRO MERCANTIL: Diligencia el código de habilitación del prestador de servicios de salud en el que se encuentra el servicio farmacéutico ambulatorio determinado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS, o del Certificado de Comercio para Farmacias Externas.

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

g) HORARIO DE ATENCION: Diligencie en formato HH:MM a HH:MM usando formato de 24 horas. Ejemplo: Farmacia con horario de atención de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., se deberá diligenciar 07:00 a 19:00, farmacia con horario de atención 24 horas se deberá diligenciar 00:00 a 24:00
h) No. FOLIO DEL CONTRATO: Indique el folio en el cual se soporta el contrato dentro de los soportes documentales de la propuesta.
i) No, FOLIO DE LA COPIA DEL SOPORTE DE HABILITACIÓN: Indique el folio en el cual se cuenta con el soporte de la habilitación a partir de la información dispuesta en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS. Aplica para servicios farmacéuticos incluidos en prestadores de servicios de salud
j) No. FOLIO DESCRIPCIÓN MECANISMO DE ENTREGA EXCEPCIONAL DE MEDICAMENTOS: Indique el folio en el cual se anexa la descripción del mecanismo de entrega excepcional de medicamentos para cada uno de los puntos de atención, que incluya la información definida en el documento de pliegos,

3. FARMACIA DE APOYO EN TODOS LOS PUNTOS DE ATENCION (MUNICIPIOS) DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD QUE CONFORMAN LA REGIONAL.

a) PUNTO DE ATENCION (MUNICIPIO): Diligenciar el municipio o punto de atención en el cual se encuentran los afiliados.
b) NOMBRE DE LA FARMACIA: Diligencie el nombre de la farmacia, este debe ser nombrado de conformidad a la razón social específica de la farmacia para el caso de FARMACIAS EXTERNAS, y con el nombre del prestador de servicios de salud en el caso de SERVICIOS FARMACÉUTICOS
c) DIRECCIÓN DE LA FARMACIA: Diligencie la dirección exacta de la farmacia, incluyendo todos los datos en lo correspondiente a calles, nomenclatura, localidad.
d) TELÉFONO DE LA FARMACIA: Diligencie el número de contacto de la farmacia
e) TIPO DE FARMACIA: Diligencie el tipo de farmacia. Los tipos de campos permitidos en la farmacia son SERVICIO FARMACEUTICO EN IPS o FARMACIA EXTERNA
f) CODIGO HABILITACION IPS EN QUE SE ENCUENTRA SERVICIO FARMACETICO: Diligencia el código de habilitación del prestador de servicios de salud en el que se encuentra el servicio farmacéutico determinado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS. Aplica para servicios farmacéuticos incluidos en prestadores de servicios de salud
g) HORARIO DE ATENCION: Diligencie en formato HH:MM a HH:MM usando formato de 24 horas. Ejemplo: Farmacia con horario de atención de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., se deberá diligenciar 07:00 a 19:00, farmacia con horario de atención 24 horas se deberá diligenciar 00:00 a 24:00
h) No. FOLIO DEL CONTRATO: Indique el folio en el cual se soporta el contrato dentro de los soportes documentales de la propuesta.
i) No, FOLIO DE LA COPIA DEL SOPORTE DE HABILITACIÓN: Indique el folio en el cual se cuenta con el soporte de la habilitación a partir de la información dispuesta en el

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS. Aplica para servicios farmacéuticos incluidos en prestadores de servicios de salud

4. FARMACIA DE 24 HORAS EN TODOS LOS PUNTOS DE ATENCION (MUNICIPIOS) DE MÁS DE 400 USUARIOS.

Se deben incluir todos los puntos de atención con más de 400 usuarios de la regional, en los cuales se deben ofertar farmacias de 24 horas

a) PUNTO DE ATENCION (MUNICIPIO): Diligenciar el municipio o punto de atención en el cual se encuentran los afiliados.
b) NOMBRE DE LA FARMACIA: Diligencie el nombre de la farmacia, este debe ser nombrado de conformidad a la razón social específica de la farmacia para el caso de FARMACIAS EXTERNAS, y con el nombre del prestador de servicios de salud en el caso de SERVICIOS FARMACÉUTICOS
c) DIRECCIÓN DE LA FARMACIA: Diligencie la dirección exacta de la farmacia, incluyendo todos los datos en lo correspondiente a calles, nomenclatura, localidad.
d) TELÉFONO DE LA FARMACIA: Diligencie el número de contacto de la farmacia
e) TIPO DE FARMACIA: Diligencie el tipo de farmacia. Los tipos de campos permitidos en la farmacia son SERVICIO FARMACEUTICO EN IPS o FARMACIA EXTERNA
f) CODIGO HABILITACION IPS EN QUE SE ENCUENTRA SERVICIO FARMACETICO: Diligencia el código de habilitación del prestador de servicios de salud en el que se encuentra el servicio farmacéutico determinado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS. Aplica para servicios farmacéuticos incluidos en prestadores de servicios de salud
g) HORARIO DE ATENCION: Diligencie en formato HH:MM a HH:MM usando formato de 24 horas. Ejemplo: Farmacia con horario de atención de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., se deberá diligenciar 07:00 a 19:00, farmacia con horario de atención 24 horas se deberá diligenciar 00:00 a 24:00
h) No. FOLIO DEL CONTRATO: Indique el folio en el cual se soporta el contrato dentro de los soportes documentales de la propuesta.
i) No, FOLIO DE LA COPIA DEL SOPORTE DE HABILITACIÓN: Indique el folio en el cual se cuenta con el soporte de la habilitación a partir de la información dispuesta en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS. Aplica para servicios farmacéuticos incluidos en prestadores de servicios de salud

5. FARMACIA DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS EN TODAS LAS CAPITALES DE DEPARTAMENTO, DEFINIENDO EL PROCEDIMIENTO DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS PARA LOS USUARIOS QUE NO RESIDEN EN ESTAS LOCALIDADES.

a) PUNTO DE ATENCION (MUNICIPIO): Diligenciar el municipio o punto de atención en el cual se encuentran los afiliados.

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

b) NOMBRE DE LA FARMACIA: Diligencie el nombre de la farmacia, este debe ser nombrado de conformidad a la razón social específica de la farmacia para el caso de FARMACIAS EXTERNAS, y con el nombre del prestador de servicios de salud en el caso de SERVICIOS FARMACÉUTICOS
c) DIRECCIÓN DE LA FARMACIA: Diligencie la dirección exacta de la farmacia, incluyendo todos los datos en lo correspondiente a calles, nomenclatura, localidad.
d) TELÉFONO DE LA FARMACIA: Diligencie el número de contacto de la farmacia
e) TIPO DE FARMACIA: Diligencie el tipo de farmacia. Los tipos de campos permitidos en la farmacia son SERVICIO FARMACEUTICO EN IPS o FARMACIA EXTERNA
f) CODIGO HABILITACION IPS EN QUE SE ENCUENTRA SERVICIO FARMACETICO: Diligencia el código de habilitación del prestador de servicios de salud en el que se encuentra el servicio farmacéutico determinado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS. Aplica para servicios farmacéuticos incluidos en prestadores de servicios de salud
g) HORARIO DE ATENCION: Diligencie en formato HH:MM a HH:MM usando formato de 24 horas. Ejemplo: Farmacia con horario de atención de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., se deberá diligenciar 07:00 a 19:00, farmacia con horario de atención 24 horas se deberá diligenciar 00:00 a 24:00
h) No. FOLIO DEL CONTRATO: Indique el folio en el cual se soporta el contrato dentro de los soportes documentales de la propuesta.
i) No, FOLIO DE LA COPIA DEL SOPORTE DE HABILITACIÓN: Indique el folio en el cual se cuenta con el soporte de la habilitación a partir de la información dispuesta en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS. Aplica para servicios farmacéuticos incluidos en prestadores de servicios de salud

.

6. FARMACIA DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO EN TODAS LAS CAPITALES DE DEPARTAMENTO, DEFINIENDO EL PROCEDIMIENTO DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS PARA LOS USUARIOS QUE NO RESIDEN EN ESTAS LOCALIDADES.

a) PUNTO DE ATENCION (MUNICIPIO): Diligenciar el municipio o punto de atención en el cual se encuentran los afiliados.
b) NOMBRE DE LA FARMACIA: Diligencie el nombre de la farmacia, este debe ser nombrado de conformidad a la razón social específica de la farmacia para el caso de FARMACIAS EXTERNAS, y con el nombre del prestador de servicios de salud en el caso de SERVICIOS FARMACÉUTICOS
c) DIRECCIÓN DE LA FARMACIA: Diligencie la dirección exacta de la farmacia, incluyendo todos los datos en lo correspondiente a calles, nomenclatura, localidad.
d) TELÉFONO DE LA FARMACIA: Diligencie el número de contacto de la farmacia
e) TIPO DE FARMACIA: Diligencie el tipo de farmacia. Los tipos de campos permitidos en la farmacia son SERVICIO FARMACEUTICO EN IPS o FARMACIA EXTERNA

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

f) CODIGO HABILITACION IPS EN QUE SE ENCUENTRA SERVICIO FARMACETICO: Diligencia el código de habilitación del prestador de servicios de salud en el que se encuentra el servicio farmacéutico determinado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS. Aplica para servicios farmacéuticos incluidos en prestadores de servicios de salud

g) HORARIO DE ATENCION: Diligencie en formato HH:MM a HH:MM usando formato de 24 horas. Ejemplo: Farmacia con horario de atención de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., se deberá diligenciar 07:00 a 19:00, farmacia con horario de atención 24 horas se deberá diligenciar 00:00 a 24:00

h) No. FOLIO DEL CONTRATO: Indique el folio en el cual se soporta el contrato dentro de los soportes documentales de la propuesta.

i) No, FOLIO DE LA COPIA DEL SOPORTE DE HABILITACIÓN: Indique el folio en el cual se cuenta con el soporte de la habilitación a partir de la información dispuesta en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS. Aplica para servicios farmacéuticos incluidos en prestadores de servicios de salud

Es importante indicar que los campos deben estar diligenciados de conformidad con las instrucciones mencionadas en este instructivo, y la ausencia de alguno de los campos o no diligenciamiento adecuado genera una invalidación de la estructura correspondiente, y no se continúa en el proceso de evaluación.

Se pueden incluir la cantidad de filas requeridas para la inclusión de las correspondientes farmacias dentro de la propuesta.

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.